

Die Erfolge
der konservativen Behandlung
entzündlicher Adnexerkrankungen

von

THEO VONDERBECK



1956

Aus der Frauenklinik des St. Marienkrankenhauses
Ludwigshafen am Rhein
(Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. med. B. Michels)

DIE ERFOLGE DER KONSERVATIVEN BEHANDLUNG
ENTZÜNDLICHER ADNEXERKRANKUNGEN



Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Johannes Gutenberg-Universität
Mainz

vorgelegt von
Theo Vonderbeck
aus Paderborn
1956

Dekan: Prof. Dr. med. Kranz

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. Michels

Correferent: Prof. Dr. med. Schwalm

Datum des Diploms 18.10.1956

G l i e d e r u n g

	Seite
A. Einleitung	4
B. Die Entzündungen der Adnexe	
I. Infektionswege	
II. Schutzfunktionen des Genitale	
III. Infektionserreger	8
IV. Pathologie der Adnexentzündungen	10
1. Salpingitis catarrhalis	10
2. Salpingoophoritis	10
3. Hydrosalpinx	11
4. Haematosalpinx	12
5. Pyosalpinx	12
V. Klinik der Adnexentzündungen	13
1. Diagnose	13
a. Untersuchungsmethoden	14
b. Symptome	15
c. Differentialdiagnose	17
2. Prognose	19
VI. Therapie der Adnexentzündungen	20
1. Allgemeinbetrachtung	20
2. Konservative Behandlung	22
a. der akut-subakuten Erkrankungen	22
b. der chronischen Erkrankungen	23
VII. Unsere konservative Behandlung der Adnexentzündung	31
1. der akut-subakuten Erkrankungen	32
2. der chronischen Erkrankungen	33
3. der spezifischen Erkrankungen	35
4. Verträglichkeit	36
VIII. Operative Behandlung der Adnexentzündungen	37
IX. Angaben über die behandelten Patientinnen	38
X. Behandlungsergebnisse	42
XI. Statistik	47
C. Zusammenfassung	50
Schrifttum	52
Lebenslauf	59

DIE ERFOLGE DER KONSERVATIVEN
BEHANDLUNG ENTZÜNDLICHER
ADNEXERKRANKUNGEN

Es ist kein Zweifel, daß in den letzten drei Jahrzehnten die Gesamtmedizin eine stark fortschrittliche Entwicklung aufweist, die besonders auch das Fach der Frauenheilkunde betrifft. Diese Aufwärtsentwicklung begann mit der Begründung der funktionellen und pathologischen Histologie durch R. M e y e r und R. S c h r ö d e r . Es schlossen sich die wesentliche Verbesserung der Karzinomdiagnostik, endokrinologische Forschung, Serologie und Antibiotikaforschung an.

Das ist unzweifelhaft eine sehr erfreuliche und auch segensreiche Entwicklung. Aber gerade in solchen Zeiten stürmischer Umgestaltung und Neuentwicklung wird gar zu leicht das bewährte Althergebrachte vernachlässigt. Und bei aller zu begrüßender Vorwärtsentwicklung sollte aber nicht der Blick zurück vergessen werden. Denn nicht alles, was neu ist, ist gut, wie auch nicht alles, was gut ist, neu ist. Es besteht genügend begründete Veranlassung zu solcher Betrachtungsweise.

Bei der Wahl des vorliegenden Themas über die B e d e u -
t u n g e n t z ü n d l i c h e r A d n e x e r -
k r a n k u n g e n fiel uns bei Literaturübersicht

der letzten zehn Jahre auf, daß dieses Gebiet unseres Faches stark in den Hintergrund getreten ist und Mitteilungen darüber spärlicher werden. Wir können uns nicht vorstellen, daß diese Forschungsrichtung steril geworden sein könnte und auch nicht mehr diskutabel wäre. Vielleicht erscheint sie aber doch gegenüber den neu aufstrebenden Forschungszweigen uninteressanter, vielleicht auch undankbarer. Aber das liegt in der Natur des Krankheitsbildes. Keinesfalls hängt es ursächlich damit zusammen, daß die entzündlichen Adnexerkrankungen in den letzten Jahren seltener wurden, um somit an Interesse verloren zu haben.

Wir glauben aber, bereits Ansätze einer unguten Entwicklung sich da und dort anbahnen zu sehen, die eine häufigere Frequentierung o p e r a t i v e r Behandlungsmethoden entzündlicher Adnexerkrankungen zur Folge hat (C r e s i , S e d e r l). Hierzu mag ursächlich die Ü b e r b e w e r t u n g d e r C h e m o t h e r a p i e beitragen, wobei Grenzen und bisher feststehende Behandlungsgrundsätze verwischt werden.

Auch trägt hierzu die U n g e d u l d der Patientinnen bei, die eine möglichst kurze Behandlungsdauer wünschen und deshalb auf eine Operation drängen; ein Wunsch, dem viele Ärzte stattgeben.

Wir sind der Auffassung, daß auch heute die Adnexerkrankungen nichts von ihrer Problematik verloren haben. Der Betrachtungskreis hat sich im Gegenteil dadurch noch ganz besonders erweitert, daß die F r a u i n i h r e r h e u t i g e n s o z i a l e n S t e l l u n g i m m e r m e h r a u c h i n d e n A r b e i t s p r o z e s s e i n g e g l i e d e r t i s t . Damit sind in ganz besonderen Maße gerade die chronischen Adnexerkrankungen kein ausschließlich ärztliches, sondern auch ein s o z i a l -

h y g i e n i s c h e s Problem geworden.

Es geht uns nun in vorliegender Arbeit darum, aufzuzeigen, was die konservative Behandlung der Adnexerkrankungen zu leisten vermag. Zugrunde legen wir hierbei die E r g e b n i s s e u n s e r e r K l i n i k .

Bevor wir unsere Behandlungsergebnisse ausführlich berichten, scheint es von Wichtigkeit, noch einmal den ganzen Fragenkomplex überblickend zu betrachten.

D i e E n t z ü n d u n g e n d e r A d n e x e

Die Ehtzündungen der Adnexe gehören neben den Geschwulstbildungen zu den h ä u f i g s t e n gynäkologischen Erkrankungen.

Dies erklärt sich schon allein daraus, daß die Genitalorgane der geschlechtsreifen Frau dauernd Einflüssen unterliegen, die leicht zur Schädigung führen können. Periode, Cohabitationen, Gestationen etc. schaffen immer wieder Bedingungen zum A u f s t e i g e n pathogener Keime. Dieser e x o g e n a s c e n d i e r e n d e I n f e k t i o n s w e g ist auch der weitaus häufigste für die Genitalorgane.

Die enge Nachbarschaft zu den Organen der Bauchhöhle mit der offenen Verbindung des Tubenkanals gibt der Entzündung von i n n e n h e r und damit der D e s c e n s i o n freien Raum. Häufig greifen so die Entzündungen im Bereich des Darmtraktes direkt auf die Adnexe über. Eine weitere Ausbreitungsmöglichkeit

pathogener Keime besteht im Flüssigkeitsstrom der Blut- und Lymphwege, durch den von fernegelegenen Entzündungsherden die Adnexe betroffen werden können. Zu nennen sind insbesondere Appendicitis, Cholecystitis, Sigmoiditis, Pankreatitis etc. Die letztere Ausbreitungsform ist seltener und bevorzugt den puerperalen Zustand und die Zeit der Menstruation. Die so entstehende endogene descendierende Sekundärinfektion spielt im allgemeinen keine so große Rolle und die Behandlung beschränkt sich im wesentlichen auf die Ausschaltung der Quelle neuer Nachschübe.

Bei der Hauptgruppe der exogen ascendierenden Entzündungen liegen die Dinge anders. Hier muß alles darauf hinzielen, die Ausbreitung nach oben auszuschalten. Dies gilt ganz besonders für die Gonorrhoe.

Die Ausbreitung pyogener Keime kann auf allen Wegen erfolgen. Während die Tuberkulose als Sekundärinfektion fast ausschließlich den Blutweg wählt (Baumgarten, Bernhard). Bei der Tuberkulose sind zu 90 % beide Tuben befallen und bei 25 % aller Genitaltuberkulosen sind die Adnexe miterkrankt.

Wenn auch das offene Kanalsystem des Genitaltraktes mit seiner kontinuierlichen Verbindung von außen bis in den Bauchraum theoretisch der ascendierenden Infektion Tür und Tor öffnet, so sind dem doch Grenzen gesetzt. Es sind die natürlichen Schutzvorrichtungen, die wir in mechanische und biologische trennen können. Im Mittelpunkt dieses Schutz- und Abwehrsystems steht der Selbstreinigungsmechanismus der Scheide. Nur wenige besonders säuretolerante und

virulente Keime widerstehen der Vernichtungskraft des gesunden Scheidensekretes. Vorbedingungen für einen gut funktionierenden Selbstreinigungsmechanismus der Vagina ist das ausreichende Vorhandensein des D ö d e r l e i n 'schen "Bacillus vaginalis", wie auch der Glykogengehalt der Scheidenwand und der unge störte Ablauf des Desquamationsprozesses. Einen übergeordneten und auch bewiesenen Einfluß haben hierbei auch die Ovarialhormone. Wenn einerseits der biologisch - chemische Prozeß die normalen Milieubedingungen der Scheide schafft (0.5 %ige Milchsäure bei P_H 4), so muß gleichermaßen die mechanische Schutzfunktion mit übereinstimmen. Und das ist der anatomisch regelrechte Schluß der Vulva, das dichte Aneinanderliegen der vorderen und hinteren Scheidenwand, sowie die Behaarung der äußeren Genitalien zum Schutz vor groben Insulten. Allzuleicht werden diese rein mechanischen Bedingungen übersehen. Der sehr fein eingespielte Mechanismus ist nun, wie vordem schon angedeutet, allein unter physiologischen Bedingungen (Cohabitationen, Menstruationen, Geburt, Wochenbett) mannigfachen Insulten ausgesetzt. Kommen noch die artefiziellen Möglichkeiten hinzu (Perflation, Hystero-Salpingographie, Dilatation, Cürettagen, Abtreibungsversuche etc.), mag man ermessen, welch großen Infektionsgefahren das weibliche Genitale ausgesetzt ist.

Eine s t a t i s t i s c h e E r f a s s u n g der E r r e g e r in ihrer Häufigkeit für das Genitale ist schwierig. Nach B o v e n t e r kommen in Frage:

- I. Bakterien
- II. Virusarten
- III. Protozoen
- IV. Parasiten

Die Erreger aus den Gruppen II bis IV haben für die Adnexerkrankungen nur untergeordnete Bedeutung.

Unter der großen Gruppe der Bakterien ist vor allem der Gonokokkus für das Genitale immer pathogen, weil er die Schleimhaut zu durchdringen vermag (S c h r o e - d e r). An zweiter Stelle rangieren die septischen Erreger, während die Tuberkulose zu einem wesentlich geringeren Anteil vertreten ist.

Zu der Gruppe der septischen Wundinfektionserreger gehören:

- Streptokokken
- Staphylokokken
- Pneumokokken
- Pneumobazillen
- Bakterium coli
- Typhus- und Paratyphusbazillen
- Proteus
- Pyoseaneus
- Tetanus
- Diphtherie
- Gasbrandbazillen

um die wichtigsten herauszugreifen.

Normalerweise kommen die letztgenannten Erreger in einer gesunden Scheide nicht zur Entfaltung. Sie werden durch den Selbstreinigungsmechanismus vernichtet. Da aber, wie schon dargestellt, unter vielfältigen Bedingungen selbst kleinste Verletzungen in der Scheiden-schleimhaut immer möglich sind, fehlt es nicht an Gelegenheit zur Ansiedlung und Vermehrung.

S t o e c k e l sieht im Blut, wie auch im Wundsekret eine optimale Bedingung für die Keimansiedlung und Vermehrung gegeben. Deshalb müssen wir gerade in der Geschlechtsreife der Frau die gefährdetste Zeit für Entstehung und Ausbreitung der genitalen Infektion sehen.

Es ist schon darauf hingewiesen worden, daß die geni-

tale Entzündung sich auf drei Arten ausbreitet:

1. I n t r a k a n i k u l ä r
2. H ä m a t o g e n
3. L y m p h o g e n

Kommt es einmal sogar zur Kombination dieser drei Möglichkeiten, und das gibt es, dann handelt es sich immer um s e h r s c h w e r e Krankheitsverläufe.

Hat eine exogen entstandene Entzündung erst einmal den inneren Muttermund überschritten, dann bleibt sie meist nicht im Endometrium stationär, sondern greift sofort auf eine oder auch beide Tuben über. In vielen Fällen bleibt dann diese banale S a l p i n g i t i s c a t a r r h a l i s harmlos und auch unerkant, weil das ampulläre Fimbrienende sehr leicht nach innen einkrempelnd verklebt (O p i t z). Das ist zweifellos ein sehr günstiger Selbstschutzeffekt, denn sonst würde sehr viel häufiger die Gefährdung der Bauchhöhle durch eine Peritonitis gegeben sein. Wenn auch selten eine Gefahr der Bauchhöhle im Sinne einer allgemeinen Peritonitis vorliegt, so reicht doch der Entzündungsreiz im akuten Stadium aus, stürmische Zeichen einer Pelveoperitonitis zu erzeugen. Es entstehen Hyperämie, Oedem und starke Sekretion der faltenreichen Tubenschleimhaut. Das Exsudat drängt die Falten zusammen, im Lumen sammeln sich Leucozyten, Epithelzellen und eventuell Blut.

Nicht weit ist der Weg zum eng benachbarten Ovar, und so entsteht oft die S a l p i n g o o p h o r i t i s , und damit schließlich der eigentlich e n t z ü n d - l i c h e A d n e x t u m o r .

Mit der begleitenden Pelveoperitonitis im Anschluß an die akute Salpingoophoritis ist zunächst der klinische Höhepunkt des akuten Stadiums erreicht und damit auch

der Endzustand der intrakanikulären Ascension.

Damit soll aber nicht gesagt sein, daß die Ausbreitung der Entzündung jetzt stehen bleiben muß. Hier stopt lediglich die Ausbreitung innerhalb des Kanalsystems. Als Komplikation kann jetzt die hämatologische und lymphogene Ausbreitung hinzukommen, begünstigt durch die reiche Vascularisierung der Genitalorgane. So entsteht schließlich die freie Eiterbildung im Douglas, der "Douglas-Absceß" oder aber die fibrinöse Pelveoperitonitis. Meist wird hierbei die freie Bauchhöhle nach oben hin durch ausgedehnte Verklebungen abgeriegelt. Bei der Gonorrhoe geht diese Abriegelung besonders rasch, infolge des sehr fibrinösen Exsudates.

Bei der pelveoperitonitischen Beteiligung sind differentialdiagnostische Schwierigkeiten von großer Bedeutung. Wir denken hier besonders an die Abgrenzung gegenüber einer Appendicitis.

Der jeweilige Zustand einer Tubenentzündung wird nach deren Inhalt benannt:

H y d r o s a l p i n x	= Sactosalpinx serosa
Py o s a l p i n x	= Sactosalpinx purulenta
H ä m a t o s a l p i n x	= Sactosalpinx hämorrhagica

Die H y d r o s a l p i n x ist im Sinne E p p i n - g e r s ihrer Entstehung nach eine seriose Entzündung. M a r t i u s und andere Autoren ordnen auch die Auflösung der Pyosalpinx hier ein.

Die Innenwand der Hydrosalpinx ist glatt. Lediglich einige Leisten deuten noch auf die Tubenfältelung hin. Histologisch findet sich entzündlich veränderte Wand, bei abgeflachtem Epithel und Schwund der Muskulatur. Das Sekret der Hydrosalpinx ist relativ klar, bei einem spezifischem Gewicht von 1006 bis 1022 (J a e - g e r o o s). Der Inhalt ist regelmäßig keimfrei.

Mikroskopisch finden sich Leucozyten, Epithelien und eventuell Erythrozyten.

Die H ä m a t o s a l p i n x entsteht aus der haemorrhagischen Entzündung, Stauung der Blutgefäße der Tuben und Gefäßrupturen. Andere Möglichkeiten sind Tubenendometriosen, Eileiterschwangerschaften, Genitalatresie oder auch gelegentlich nach Infektionskrankheiten Ernährungsstörungen der Salpinx, etwa durch Torsion (H e y n e m a n n).

Die S a l p i n g i t i s p u r u l e n t a entsteht wie die catarrhalische Salpingitis und richtet sich im Verlauf nach dem Erreger. Hier entstehen irreparable Veränderungen. Die frische gonorrhoeische Entzündung verläuft als Endosalpingitis purulenta.

Die purulente Entzündung greift auf die Tubenwand über. Es bilden sich Granulationen und Verwachsungen, die schließlich zur Verlegung des Lumens und damit zur S t e r i l i t ä t führen. Die Tuben werden durch die Bindegewebswucherungen derber und bleiben meist kleiner als die Hydrosalpingen. Die meist bei der purulenten Entzündung im Gefolge befindende Pelveoperitonitis begünstigt das Übergreifen auf die Nachbarorgane, die oft in einem K o n g l o m e r a t t u m o r verbacken sind. So ist zu erklären, daß es zu Durchbrüchen in die freie Bauchhöhle, Darm, Scheide, Blase und Bauchdecken kommen kann. Die ursprünglichen Erreger sind bei Durchbrüchen nur noch selten nachweisbar. In 50 % aller Fälle ist der Eiter steril (v o n F r a n q u é rechnet ein Jahr nach Infektion für das Zugrundegehen der pyogenen Bakterien).

Der Folgezustand nach abgelaufener akuter Entzündung ist die bindegewebige Organisation, die aber nicht mit der Adenomyosis gleichgesetzt werden darf. Für sie

nimmt S c h r i d d e eine congenitale Bildung an.

Die Ovarien werden von der Entzündung seltener durchdrungen. Verwachsungen können eventuell den Follikelsprung verhindern und zum Endzustand "kleincystischer Degeneration" führen (M a r t i u s). Die Entstehung des O v a r i a l a b s z e s s e s ist nicht häufig und meist durch haemato- und lymphogene Infektion verursacht. Hierbei werden die Tuben oft in den Prozeß mit einbezogen.

Die Entscheidung, ob ascendierende oder descendierende Infektion vorliegt, wird in den meisten Fällen zu Lasten der Ascension entschieden und auch festgestellt werden können. Wo eine kausale Klärung nicht möglich ist, ist auch das für die therapeutischen Konsequenzen spezieller Behandlung ohne Bedeutung, denn die therapeutischen Grundsätze bleiben immer dieselben.

Die Diagnose entzündlicher Adnexerkrankungen

Es versteht sich eigentlich von selbst, daß jeder therapeutischen Maßnahme die spezielle Diagnostik voranzugehen hat. Wenn wir schon wissen, daß viele Adnexerkrankungen gonorrhöischer Natur sind, sollten wir uns auch um jeden Preis bemühen, den Erregernachweis zu führen. Selbst wenn dies gerade bei der Gonorrhoe oftmals recht schwierig ist.

Die diagnostische Reihenfolge:

1. Erregernachweis durch Sekretentnahme
2. Inspektion und Palpation
3. Haematologische Untersuchung

ad 1. Erregernachweis

ist, wie schon erwähnt, nicht immer einfach. (Störend wirkt oft die kritiklose Anwendung von Antibiotica und Sulfonamiden durch manche Hausärzte). Unter Umständen muß der Erregernachweis durch mehrmalige Kontrollen bzw. durch Bakterienkultur erhärtet werden. Die Provokation erübrigt sich im akuten Stadium.

ad 2. Inspektion und Palpation

Als sicherstes Zeichen für die Adnexentzündung gilt die Schmerzlokalisation, die sich im Unterbauch, gelegentlich auch im ganzen Leib ausbreitet. Dies hängt mit der frühzeitigen Mitbeteiligung des Beckenperitoneums zusammen. Bei der akuten Salpingitis setzen schlagartig h e f t i g e S c h m e r z e n ein, die häufig von starken Allgemeinbeschwerden begleitet werden. In diesem akuten Stadium ist eine genaue Lokalisation durch die Palpation oft unmöglich, und sie sollte dann auch nicht um jeden Preis erzwungen werden. Oft genügt auch schon in diesen hochakuten Fällen die vorsichtige aber eingehende äußere Betastung.

Der Druckschmerz und die Schwellung sind immer charakteristisch für die Palpation entzündeter Adnexe. Bei Eiterbildung und den sich damit gleichzeitig ausgebildeten Infiltrationen können sich schnell sehr große A d n e x t u m o r e n entwickeln, die das übrige Genitale verdrängen und den Douglas ausfüllen. Einseitige oder doppelseitige Adnextumoren erkennt man an der Topographie zum Uterus. Chronische Entzündungen führen zur Induration und Schrumpfung mit Verziehung des Genitales. Durch den Spannungsschmerz wird der Krankheitsprozeß vom Patienten meist auch richtig lokalisiert. Die I n s p e k t i o n gehört zu jeder gynäkologi-

schen Untersuchung, weil sie sichtbaren Aufschluß gibt über Veränderungen in den unteren Genitalabschnitten.

In den meisten Fällen wird bei der Inspektion vaginaler, vor allem aber auch cervikaler Fluor von wechselnder Beschaffenheit festgestellt werden können. Die Entzündungen der höher gelegenen Genitalabschnitte sind nur der Palpation zugänglich, die nicht nur vaginal, sondern auch rektal durchgeführt werden soll. Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß dies im akuten Stadium sehr schmerzhaft und nicht immer ungefährlich ist.

ad 3. Haematologische Kontrolle

Auch im Blutbild findet der entzündliche Prozeß seinen Niederschlag. Die Blutkörperchensenkung ist stark beschleunigt. Das weiße Blutbild zeigt meist charakteristische Veränderungen, besonders einen Anstieg der Leukozyten. In der Bestimmung des Blutbildes liegt oft auch die Möglichkeit differentialdiagnostischer Abgrenzung, zum Beispiel gegenüber der ektopischen Schwangerschaft oder nichtentzündlicher Ovarialtumoren. Darüber hinaus gibt das Blutbild in vielen Fällen Aufschluß über den S t a n d d e r E r k r a n k u n g und den Heilverlauf. Therapeutisch ist von größter Wichtigkeit, den Übergang vom akuten zum chronischen Stadium rechtzeitig zu erkennen.

Der Symptomenkreis läßt sich durch weitere charakteristische Beobachtungen erweitern:

Die T e m p e r a t u r e r h ö h u n g finden wir immer bei der akuten Entzündung und zwar kann die Temperaturerhöhung bis zu 39° und 40° C betragen. Im Subakuten Stadium finden wir subfebrile Temperatu-

ren, während für das chronische und subchronische Stadium Temperaturerhöhungen nicht charakteristisch sind.

M e n s t r u a t i o n s s t ö r u n g e n finden sich vorwiegend im chronischen Stadium im Sinne von Poly-Hyperménorrhöen (R. S c h r o e d e r).

V e r d a u u n g s b e s c h w e r d e n bis zu Subileuserscheinungen oder auch Obstipationen und sogar Diarrhöen werden gleich häufig gesehen.

S c h m e r z e n gehören zu den Hauptsymptomen der Adnexitzündung, darauf wurde schon hingewiesen. Im akuten Stadium steht eine diffuse Schmerzausbreitung besonders im Unterbauch wegen Beteiligung des Pelveoperitoneums im Vordergrund. Einmal wird der Schmerz als kontinuierlich bohrend und stechend, ein andermal als kolik- oder wehenartig angegeben. Häufig ist der "Verschiebeschmerz der Portio" (M a r t i u s).

In vielen Fällen werden Schmerzen nach Geschlechtsverkehr, Menstruation, Untersuchungen oder schwerer körperlicher Arbeit angegeben. Hierfür muß ursächlich die H y p e r ä m i e i m B e c k e n verantwortlich gemacht werden. Im chronischen Stadium können jedoch Schmerzen ganz fehlen, oder es kommt gelegentlich zu Dehnungs- und Zerrungsschmerzen, die durch Adhaesionen zu erklären sind. Nicht selten werden derartige Schmerzen bei nachfolgenden Schwangerschaften angegeben.

Das A l l g e m e i n b e f i n d e n ist im akuten Stadium immer sehr schlecht, wie dies auch bei anderen akuten Krankheitsbildern der Fall ist. Bei langdauernden, chronischen Krankheitsprozessen, mit zum Teil immer wiederkehrenden Schmerzattacken kann das Leiden zur schwersten Qual werden. Zu dem körperlichen Ver-

fall kommt dann noch der psychische Zusammenbruch. Hier kann es sogar durch Kachexie und völliges Dar-
niederliegen der Widerstandskraft zum Exitus letalis
führen. S c h a u t a beschrieb vier solcher Todes-
fälle nach Adnexentzündung.

Die Differentialdiagnose

Im akuten Stadium ergeben sich oft Schwierigkeiten in
der Unterscheidung einer Appendicitis zur rechts-
seitigen Adnexerkrankung. In seltenen Fällen ist auch
linksseitig gegenüber einer Sigmoiditis abzugrenzen.
Hier muß im wesentlichen der Tastbefund kombiniert
mit einer genauen Schmerzlokalisation weiterhelfen.
Auch das Blutbild läßt meist keine sicheren Schlüsse
zu. Weit s c h w i e r i g e r wird die Abgrenzung
einer Perityphlitis gegenüber einer Salpingitis mit
pelveoperitonitischer Beteiligung. Dabei werden Fehl-
entscheidungen nicht immer vermieden werden können,
selbst bei sorgfältigstem Vorgehen.

Die Sicherung einer Tubenschwangerschaft bereitet
häufig die größten Schwierigkeiten und gilt oft als
eine der heikelsten Diagnosen in der Frauenheilkunde
überhaupt. Die Tubarruptur ist wohl nicht zu über-
sehen und bedarf keiner weiteren Erläuterung. Für
den Tubarabort spricht die typische Anamnese, Tempe-
ratur, Blutbild, einseitige wehenartige Schmerzen,
vor allem bei Portioverschiebung. Die A s c h e i m -
Z o n d e k - Reaktion und der Kröten-Frosch-Test nach
G a l l i - M a i n i n i , der jedoch nicht immer ver-
läßlich ist, können hinzugezogen werden. Außerdem
Colostrumprüfung und klinische Beobachtung mit Haemo-
globinkontrollen. Gegebenenfalls wird eine diagnosti-

sche Abrasio oder Douglasspunktion nicht zu umgehen sein. Neuere diagnostische Möglichkeiten finden wir mit Hilfe der Laparoskopie und röntgenologischer *Verifizierung einer Extrauterin gravidität (Z i m m e r). Diese erfordern jedoch genaue Fachkenntnisse und sind nur in stationärer Behandlung möglich.

Nach wie vor hat die alte Faustregel ihre Gültigkeit, daß ein einseitiger Adnextumor bei Amenorrhoe so lange als Extrauterin gravidität gilt, bis das Gegenteil sicher bewiesen ist.

Pyelitis und Cystitis sind aufgrund des Harnbefundes gut abzugrenzen. Akute chirurgische Erkrankungen lassen sich unter Hinzuziehung des Chirurgen in der Mehrzahl der Fälle trennen.

B ü t t n e r berichtet über die Verwendung der Papierelektrophorese zur Sicherung der Diagnose. Unsere bisherigen Erfahrungen decken sich durchaus mit diesen Beobachtungen.

Myome, besonders intraligamentär gelegen, machen mitunter differentialdiagnostische Schwierigkeiten. Auf Endometriosen deutet die typische Vorgeschichte. Doch kommt es durch den Tastbefund oft zu Verwechslungen. Ovarialtumoren lassen sich häufig von Adnextumoren nicht abgrenzen, besonders bei Fixation und intra- oder pseudointraligamentärer Entwicklung. Hier hilft unter Umständen die Anamnese, eventuell auch der Blutbefund weiter. Stielgedrehte Ovarialtumoren werden bei plötzlichen Auftreten gelegentlich mit einer akuten Salpingitis verwechselt. Die Erhebung der Vorgeschichte enthüllt oft den Entstehungsmodus. Akutes Auftreten der Erkrankung beim Tanz oder nach ruckartigen Drehungen des Körpers lassen die Verdachtsdiagnose stellen. Hinzukommt die gute Verwertbarkeit von Blutbefund und Temperatur.

Die Prognose

Die Prognose der Adnexentzündungen quod vitam ist günstig, dubiös aber quod sanationem. Viel ist schon erreicht, wenn Schmerzfreiheit erzielt wird.

Die Sterilität ist eine der häufigsten Folgen der Adnexerkrankungen. Bei der Gonorrhoe ist das so charakteristisch, daß der Begriff Einkindsterilität geprägt wurde. Hübscher berichtet über 20 - 25 % Schwangerschaften nach Adnexentzündungen, von denen zwei Drittel ausgetragen wurden. Je früher eine Patientin mit einer Adnexerkrankung in Behandlung kommt, umso günstiger sind die Heilungsaussichten.

Die entzündlichen Veränderungen in den Tuben mit vielen Verklebungen und Wandveränderungen sind häufig die Ursache von Tubargraviditäten. Während der Berichtszeit haben wir bei 54 Operationen wegen Extrauterin-graviditäten unter der Operation

$$38 = 70.3 \%$$

schon makroskopisch sicher eine Salpingitis feststellen können. Auch die Fehlgeburtengefahr spielt nach Adnexentzündungen eine Rolle.

Als weitere schwere Folgen eines entzündlichen Adnexprozesses sind zu nennen: Fistelbildungen, die eventuell eine Amyloidose im Gefolge haben können, Eitertumoren der Adnexe (Pyosalpinx, Pyovar), Douglasabszesse und parametranne Abszesse.

Bei der hartnäckigen und prognostisch äußerst ungünstigen A k t i n o m y k o s e kommt es immer zu eitriger Einschmelzung und Schwielenbildung. Bei Eiterfisteln, die ins Parametrium führen, empfiehlt es sich nach Aktinomykosedrusen zu suchen.

Jeder rasch wachsende Adnextumor und jedes schnell an Ausdehnung zunehmende Exsudat der Parametrien muß den Verdacht auf Eiterbildung wecken. Hier ist dann selbstverständlich ein konservatives Vorgehen nicht mehr angezeigt, sondern der operative Eingriff hat der drohenden Perforation des Eiterherdes in die Bauchhöhle zu vorzukommen.

Damit kommen wir zu der Erörterung der g r u n d - s ä t z l i c h e n F r a g e ü b e r d i e k o n - s e r v a t i v e u n d o p e r a t i v e B e h a n d - l u n g d e r A d n e x e n t z ü n d u n g e n .

Die k o n s e r v a t i v e Behandlung strebt immer vor allem die O r g a n e r h a l t u n g an. Dies umso mehr, weil man immer wieder erlebt, daß selbst schwerste Befunde, bei denen man Heilungsaussichten bereits aufgegeben hat, oftmals nach jahrelanger Behandlung verschwunden sind. Dabei kann man sich oft keine rechte Vorstellung machen von diesem plötzlichen überraschenden Umschwung. Nach w i e v o r s c h e u e n w i r d i e o p e r a t i v e B e h a n d l u n g , besonders bei geschlechtsreifen Frauen, da es immer v e r s t ü m m e l n d e O p e r a t i o n e n sind, die nicht nur Ausfallerscheinungen zur Folge haben können, sondern häufig schwere Depressionen und Komplexe, ja schwere Krisen im Leben der Patientinnen auslösen können.

Es ist selbstverständlich, daß auch uns sich die Frage einer notwendig werdenden Operation aufdrängt. Dies vor allem in den Fällen, bei denen jahrelang konsequent durchgeführte Behandlungen ergebnislos blieben.

Wir müssen überhaupt unsere Einstellung zur Frauenkrankheit einer grundsätzlichen Revision unterziehen, weil die soziale Stellung der heutigen Frau in weitem Maße der des Mannes gleichzusetzen ist. Wo bei Erwägung therapeutischen Konsequenzen zur Behandlung des Mannes, dessen beruflich-soziale Stellung vielfach ausschlaggebend ist, wurde das bislang keineswegs zur Selbstverständlichkeit bei der Behandlung der Frau. Und wie viele Frauen sind heute alleinige Ernährer von Familien.

Trotz all dieser nicht unbedeutenden Erwägungen wählen wir die Operation nur als letztes unvermeidliches Mittel, wenn alle resorptiven Maßnahmen auf lange Zeit erfolglos waren; dann in jedem Fall aber weitgehend radikal.

Auch die Operation hat nicht immer Aussicht auf Dauererfolg, hinzu kommen die primären Gefahren des Eingriffes. Auch Geller bewies, daß der Dauererfolg nach operativer Behandlung schlechter ist als nach konservativer Behandlung.

Trotz dieser Zurückhaltung gegenüber der Operation gibt es Situationen, die einen Eingriff notwendig machen. Dies ist der Fall, wie schon genannt, bei abgekapselten Eiterherden, wo man der Spontanperforation zuvorkommen soll.

Eine Ausnahme macht lediglich die gonorrhoeische Eiterung, die i m m e r konservativ behandelt wird. Wo sich die Möglichkeit zur vaginalen Entleerung des Eiters bietet, soll diese immer angestrebt werden. Die Laparotomie, nur aus vitaler Indikation gestellt, hat immer noch eine hohe Mortalität.

Die konservative Behandlung

Die konservative Behandlung richtet sich nach der klinischen Verlaufsform. Für die akute, wie auch subakute Entzündung, gelten in der Behandlung gleichermaßen einfache Grundsätze:

1. Die a b s o l u t e R u h i g s t e l l u n g durch Bettruhe, Fernhalten jeglicher körperlicher, psychischer und sexueller Erregung wird leider nur allzuwenig beachtet. Hier muß die ärztliche Persönlichkeit mit allem Nachdruck einwirken.
2. A n t i p h l o g i s t i s c h e M a ß n a h m e n bestehen im akuten Stadium durch Auflegen der Eisblase. Sie soll den Prozeß eindämmen und das Bakteriumwachstum hemmen. Als weitere Maßnahme kommt eventuell die L e i t e r 'sche Röhre mit Kaltwasserdurchströmung in Frage.

Der Dunstumschlag wird erst im subakuten Stadium angewendet.

3. Die C h e m o t h e r a p i e ist umso erfolgreicher, je früher sie angewandt wird. Sie sollte aber nie vor Erregernachweis, und dann nur gezielt, appliziert werden. Wo ein Erregernachweis nicht gelingt, sind Chemotherapeutica mit breitem Wirkungsspektrum zu empfehlen.

Mit der Chemotherapie wird wohl der Erregereinbruch bekämpft, die Tumorbildung in den meisten Fällen jedoch nicht verhindert werden können.

Wenngleich auch die Chemotherapie oft schon in kürzester Zeit erstaunliches leistet, so muß doch auf eine langdauernde völlige körperliche Ruhe, auch nach Abklingen der akuten Erscheinungen, geachtet werden. Diese unbedingte Notwendigkeit völliger körperlicher Ruhe wird in den schmerzreichen Tagen der frischen Ascension von selbst eingehalten. Sobald aber die Beschwerden nachlassen, und das ist nach Applikation von Antibiotica oft rasch der Fall, werden, je jünger die Frauen sind, sie umso mehr nach Wiederaufnahme von Beruf, Familienleben und häuslicher Arbeit drängen. Und doch ist wochenlange Bettruhe das beste Heilmittel.

Soweit die fest umrissenen Behandlungsgrundsätze für das akute und subakute Stadium, wofür im allgemeinen grundsätzliche Übereinstimmung besteht.

Die spezielle Behandlung der chronischen Salpingoophoritis

Die Behandlung der chronischen Entzündung bedarf einer grundsätzlich anderen Beurteilung, als die akute. Bei der akuten Entzündung liegt das Hauptaugenmerk auf der Verhinderung und Ausbreitung der bakteriellen Invasion, die vor allem das Peritoneum gefährdet.

Beim chronischen Prozeß, ohne Virulenz, kommt es darauf an, die lokal aufgetretene Verhärtung, den Tumor, aufzuweichen und zur Resorption zu bringen. Darum

sind auch die Behandlungsgrundsätze für beide Ausgangssituationen verschieden. Einmal ist es die bakteriostatische Wirkung beim akuten Verlauf, im chronischen sind es hyperaemisierende und zirkulationsfördernde Maßnahmen, die die Resorption der entzündlichen Induration ermöglichen müssen.

Die Wahl des richtigen Zeitpunktes für den Beginn der resorbierenden Behandlung hängt vom klinischen Verlauf der Krankheit ab und **m u ß k r i t i s c h** für jeden einzelnen Fall beurteilt werden. So muß unter anderem der Prozeß inaktiv geworden sein, um eine Verschlimmerung oder Provokation der Entzündung zu vermeiden.

Temperaturabfall

Normalisierung des Blutbefundes (Leucozyten und Blutkörperchensenkung)

lassen einen geringen Schluß zu. Jedoch sind diese klinischen Befunde höher zu bewerten als das subjektive Befinden der Patientin.

Während für die Behandlung der akuten Entzündung Schmerzstillung, absolute Ruhigstellung, Chemotherapie, Kälteanwendung vordringliche Behandlungsgrundsätze sind, die auch einheitlich so gehandhabt werden, ergibt sich für die Therapie des chronischen Prozesses sehr viel mehr Spielraum. Hier sind vor allem eigene Erfahrungen, schulische Einstellung und auch das Temperament des Therapeuten das, was der Behandlung die Prägnanz gibt.

W ä r m e a p p l i k a t i o n e n werden am geeignetsten in folgender Form gegeben:

Als Priessnitz- oder Dunstumschlag

Für die Erstanwendung von Wärme hat sich dieser Umschlag am besten bewährt. Die feuchte Wärme wird besser vertragen und wirkt intensiver als trockene.

Elektrisches Heizkissen

können von den Patientinnen selbst reguliert werden; sie sind bequem in der Handhabung und wohl heute in den meisten Haushaltungen vorhanden. Wir rechnen hier mit Hitzeentwicklungen bis 80° C.

Der Lichtbogen

ermöglicht eine gute Wärmeausbreitung über das gesamte Becken und wirkt von mehreren Seiten ein. Es ist aber unbedingt erforderlich, die Haut mit einem Leintuch abzudecken, um eine Verbrennung zu verhüten. Anderseits wird eine individuelle Dosierung nötig.

Kataplasmen

haben den Nachteil, daß sie schnell erkalten und finden heute nur noch wenig Anwendung.

Rotlicht und Höhensonne

gibt man täglich steigend von 5 bis 15 Minuten bei 40 bis 60 cm Hautabstand. Bei dieser Applikationsform steht mehr die Roborierung des Allgemeinzustandes im Vordergrund. Die Resorptionsförderung ist weniger deutlich.

Der Thermophor

ist eine Heißwasserspülbirne für die vaginale Anwendung nach P i n k u s , H a s s e und Z i l l . Ihr Nachteil besteht darin, daß fortwährend heißes Wasser nachgegossen werden muß (bis 20 Liter). Bei mangelnder Pflege zeigt die Apparatur technische Mängel und biete dadurch gewisse Gefahren. Vom Pflegepersonal werden diese Apparate nur ungern verwandt.

Aus Amerika wird über Heißwasserspülungen mit intravaginalen Gummiballons berichtet (H o l d e n und G u r n e e). Eine Möglichkeit für die rektale Wärmeapplikation ist mit der Arzbergerschen Olive gegeben. Dieses Gerät war ursprünglich mit seinen heißen Oelklysmen für die Haemorrhoidenbehandlung konstruiert.

Die Kurzwellen - Diathermie

ist nach S c h l i e p h a k e die weitaus intensivste physikalische Behandlung für die Entzündungen des kleinen Beckens. Seit 1930 bildet sie das Kernstück der Behandlung.

Die Kurzwellendiathermie unterscheidet sich von der Langwellenbehandlung durch die Homogenität der Durchwärmung. Es kommt zu keinem Wärmeverlust, wie zum Beispiel bei Lichtbogen, Heizkissen oder Kataplasmen. Die Energiewärme nimmt auch mit dem Quadrat der Entfernung nicht ab, sondern bleibt infolge der physikalischen Eigenschaften für die durchfluteten Körperorgane zwischen den beiden Elektroden voll wirksam.

Die Langwellen - Diathermie

arbeitet mit Wellenlängen von 30 m, die Kurzwellendiathermie liegt darunter. Unter 1 m arbeiten die Ultrakurzwellen. Auf das entzündliche Gewebe wirken am intensivsten Kurzwellen von etwa 6 m, wonach auch heute die gebräuchlichsten Geräte gebaut sind.

Der Wirkungsmechanismus der Kurzwellentherapie liegt nicht nur allein in der Erzeugung von Wärme, sondern schafft auch für den Gewebsstoffwechsel biologisch günstige elektrische Spannungsverhältnisse.

Die Anwendung der Kurzwellendiathermie muß gewissenhaft kontrolliert und individuell dosiert werden, wobei das subjektive Empfinden der Patientinnen zu beachten ist.

Häufigste Anwendung findet die abdomino-dorsale Durchströmung, die noch durch vaginale Elektroden verstärkt werden kann.

Lindemann schlägt vor, die Wirkung durch An- und Abschwellen des Stromes zu begünstigen.

Stoeckel sieht in der gleichzeitigen Kombination mit Rotlicht eine Intensivierung der Kurzwellenbehandlung.

Die Zusatzbehandlung zur Kurzwellendiathermie

Um die Strahlenbehandlung zu verstärken, wird die Anwendung resorptionsfördernder vaginaler Einlagen empfohlen: Glyzerin-Ichthyol-Tampons oder -Kugeln.

Zondek schlägt Follikelhormone und Proluton zur Steigerung der Hyperaemiesierung vor, die jedoch von anderen Autoren abgelehnt werden.

Die Reizkörpertherapie zur künstlichen Aktivierung der Abwehrstoffe hat weite Verbreitung gefunden. Für Injektionen eignen sich - in der Reihenfolge der Wirksamkeit - Eigenblut, sterile Milch, Omnadin, Novoprotin, Adnexol, Schwefel, Arthigon, Caseosan und Terpentin.

Die parenterale Proteinkörpertherapie ist in der Höchstdosierung auf etwa sechs Einzelinjektionen beschränkt, weil danach kein Effekt mehr zu erwarten ist. Die jeweils folgende Injektion darf erst nach mehrtägig abgeklungener Fieberreaktion erfolgen.

Sicherlich leistet die Eiweißkörperreiztherapie in

manchen Fällen gutes. Sie sollte aber doch nicht w a h l l o s angewandt werden, weil sie auch mit Komplikationen behaftet sein kann. Neben der erwünschten Aktivierung biologischer Abwehrkräfte sieht man gelegentlich auch ein Wiederaufflackern des lokal begrenzten Herdes in das bereits überwundene akute Stadium. Eine genaue Blutbildkontrolle wird bei der Reizkörpertherapie notwendig.

J u n g weist neben anderen Autoren auf das Schiefer-Ölderivat A d n e x o l zur Reizkörpertherapie hin und konnte die prompte Wirkung nachweisen. Im Gegensatz zu vielen anderen Reizkörpern verursacht Adnexol keine störenden Neben- und Folgeerscheinungen und zieht auch keine Temperatursteigerungen nach sich. Selbst bei ambulanter Anwendung wurden gute Ergebnisse erzielt.

Die Belastungstherapie als physikalische Behandlungsmethode

hat sicher ihre Bedeutung, auch wenn sie von manchen Autoren heute abgelehnt wird.

Durch steigende Gewichtsbelastungen in Beckenhochlagerung werden mittels Schrot- bzw. Quecksilber belastetem Kolpeurynter vor allem alte narbige Indurationen, die keine entzündliche Komponente mehr aufweisen, gut beeinflusst.

v o n A s c h e n b a c h empfiehlt Sandbäder als intensive Wärmeanwendung. Wir gehen bei der Besprechung u n s e r e r Behandlungsmethode darauf noch ein.

K ü s t n e r wendet vorsichtige Massagen an, die S t o e c k e l strikt ablehnt. K ü s t n e r ist es auch, der für eine konservative Behandlung minde-

stens drei Jahre Zeit fordert, ehe er sich zu operativem Vorgehen entschließt.

Die Röntgenschwachbestrahlung wird in letzter Zeit für geeignete Fälle als sehr wirksam empfohlen. Wagner sieht dabei die Wirkung nicht nur im Kupieren des entzündlichen Prozesses, sondern auch im erstaunlich schnellen Beseitigen des starken Spannungsschmerzes. Die Dosierung nach Heidenheim und Ried liegt etwa bei 120 r. Döderlein geht mit der Einzelbestrahlung bis auf 60 r herunter, die er mehrmals wiederholt. Beeinträchtigungen der generativen Funktionen sind bei diesen kleinen Dosen nicht zu befürchten.

Die Balneotherapie

Die Besprechung der Behandlungsmöglichkeiten chronischer Adnexentzündungen wäre unvollkommen ohne eingehende Würdigung der Hydrotherapie. Sie ist die ideale Ergänzung zu der in der Klinik durchgeführten Kurzwellenbehandlung und hat besonders dort gute Ergebnisse, wo es sich um langdauernde Prozesse und auch große Tumoren handelt (Guthmann, Mickulicz-Radecki).

Ein besonderer Vorteil dieser Applikationsform besteht in der Möglichkeit häuslicher Behandlung. Bei den heute gebräuchlichen und zum Teil recht guten Handelspräparaten mit Moorextrakten zur Anwendung als Sitzbäder bis Nabelhöhe und als Moorsäckchen, lassen sich günstige Behandlungsergebnisse erzielen. Sehr empfohlen wird Morocoll. Es ist ein natürliches Moorkonzentrat mit sämtlichen Bestandteilen des Moores. Das Moor wird reversibel konzentriert, d.h. die Quellfähigkeit des Moorkolloides wird trotz Wasserentzugs erhal-

ten (S p e n g l e r). Klinische Prüfungen zeigten gute Ergebnisse (O b e r t u n d W i n t e r). Die häusliche Behandlung ist selbstverständlich kein Ersatz für ein balneo-gynäkologisches Heilverfahren. Allein schon der hiermit verbundene Milieuwechsel und das Fehlen der "häuslichen Noxe" (G a u s s) haben einen nicht zu unterschätzenden Effekt. Aber gerade da, wo aus mancherlei Bedingungen heraus ein Heilbäderverfahren nicht durchführbar ist, leistet die Hausbehandlung mit Extrakten erstaunliches. Auch die Kombination mit S t a ß f u r t e r S a l z oder S o l b ä d e r n hat sich bewährt.

Die K u r o r t b e h a n d l u n g umfaßt im wesentlichen

M o o r b ä d e r

S o l e b ä d e r

S t a h l b ä d e r

W i l d b ä d e r

K o h l e s ä u r e b ä d e r

Neuerdings machen auch Kurorte mit r a d i u m - h a l t i g e n W ä s s e r n viel von sich reden.

Für unser Gebiet kommen als bekannte Frauenbäder in Frage: Schwalbach, Kohlgrub, Aibling, Baden-Baden, Kreuznach, Rapp nau, Salzuflen.

Die Aufnahme eines Badekurverfahrens hat erst lange Zeit nach Abklingen der akuten Entzündung ihre Berechtigung. In vielen Fällen wird dies nach vordem wochenlang, manchmal auch monatelang durchgeführter Kurwellenbehandlung sein, manchmal auch mit dieser kombiniert werden.

Die W i r k u n g d e r B ä d e r k u r beruht im wesentlichen auf der resorptionsfördernden Hyperthermie vermittels des Moores und auf der Anregung des

örtlichen Stoffwechsels. Je nach Situation des Einzelfalles ergeben sich dann noch zusätzliche Kombinationsmöglichkeiten mit Sole-, Stahl-, Wild- und Kohlesäurebädern, die weniger das lokale Geschehen, als vielmehr das Allgemeinbefinden beeinflussen.

Die konservative Behandlung an unserer Klinik

Unsre Behandlung richtet sich in der Allgemeinbehandlung, besonders auch des akuten Stadiums, nach den bereits geschilderten Richtlinien. Die Behandlung des akuten Stadiums unterscheidet sich nicht von den üblichen Grundsätzen.

Wir streben immer die s t a t i o n ä r e Behandlung an, weil bei der klinischen Konsequenz die Heilungsaussichten bedeutend besser sind, und uns besonders auch der Milieuwechsel mit fehlender häuslicher Noxe und mit sexueller Abstinenz wesentlich erscheinen.

Wenn man bedenkt, daß nach der Kurzwellenbehandlung die Körpertemperatur bis zu 2°C (K r a m e r und S t r a u s s) ansteigen kann und noch für mehrere Stunden bleibt, wird man unsere Scheu vor der ambulanten Behandlung verstehen. Hierzu sei ein instruktives Lehrbeispiel aus unserer Klinik mitgeteilt:

Frau M. H., 34 Jahre alt. Ein Partus. Immer gesund gewesen.

1945 Abortus febrilis m. IV. mit anschließender Ausräumung. Danach ziehende Schmerzen im Unterleib links und vermehrt Ausfluß.

3.10.1955. Ambulante Exploration: Äußeres Genitale, Scheide und Portio o.B. Der ansonsten unauffällige

Uterus ist bei Bewegung empfindlich. Rechte Adnexe frei. Linke Adnexe an der Uteruskante herabgeschlagen, bleistiftdick und mäßig druckempfindlich.

Ordination: Ambulante Kurzwellen in steigender Dosis, die in einem Krankenhaus gegeben und gut vertragen wurden. Nach der 9. Bestrahlung mußte die Patientin aus technischen Gründen sofort im Anschluß an die Behandlung den Therapieraum verlassen und stand auf dem zugigen Flur. Die Reaktion zeigte sich prompt: Am gleichen Abend noch traten Fieber und Schmerzen auf, die den Hausarzt zur sofortigen Klinikeinweisung veranlassten.

4.11.1955. Exploration: Die linken Adnexe sind gegenüber dem Befund vom 3.10. jetzt gut daumendick und äußerst druckschmerzhaft. Die Parametrien sind gespannt.

Ordination: Strenge Bettruhe, Eisbeutel auf den Leib und bei Gefahr einer peritonealen Exsudation Fowler - bzw. Halbfowler'sche Lagerung. Zusätzlich gaben wir ein Sulfonamid-Penicillin-Gemisch.

Bei hochfieberhaften Fällen sahen wir in der Applikation von Penicillin-Solu-Supronal als M i s c h - s p r i t z e intravenös gegeben, beste Erfolge. 200 000 E Penicillin G-Kalium wird in 10 ccm 20 % Solu-Supronal unter Beifügung von 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung gemischt und täglich zweimal bis zur Entfieberung gegeben. (M i c h e l s und S c h a n z).

Zur Schmerzbekämpfung genügen meist Spasmolytica (Eupaco, Belladonna, Avacan als Suppositorien). In schweren Fällen kommen wir mit Novalgin aus und nur ganz selten benötigen wir Eukodal.

Nach A b k l i n g e n d e r a k u t e n E r - s c h e i n u n g e n machen wir einen vorsichtigen Dunstumschlag von ein- bis zweimal täglich zehn Minuten und gehen dann auf Probekurzwellen mit Leukozytenkontrolle, vor und nach der Behandlung, über.

Wenn keine stärkere Reaktion auftritt - und hier stützen wir uns auf Temperatur, Blutbild und subjektives Befinden der Patientin - steigern wir die Bestrahlungsdosis täglich jeweils um fünf Minuten bis zu einer halben Stunde. Diese Zeit wird dann nicht mehr überschritten. Nach der dritten Kurzwellenbestrahlung gehen wir auf zweitägigen Rhythmus über, wobei wir mit Sandbädern abwechseln. Die Sandbäder beginnen mit 15 Minuten und werden bei jeder Anwendung um fünf Minuten gesteigert bis zu 30 Minuten.

In geeigneten Fällen geben wir morgens Kurzwellen und nachmittags Sandbäder.

Größten Wert legen wir auf die l a n g d a u e r n d e und s t r e n g e B e t t r u h e , weil wir glauben, daß alleine sie den Behandlungserfolg garantiert.

Das bei uns in Betrieb befindliche Kurzwellengerät hat folgende technische Daten:

Ultratherm - Siemens - Reiniger
Hochfrequenzleistung 400 Watt
Wellenlänge 6 m
Hochfrequenz- bzw. Kurzwellengenerator
mit Elektronenröhre.

Die R e i z k ö r p e r t h e r a p i e ergänzt unsere physikalische Strahlenbehandlung in folgender Weise:

Garmastan 5 ccm intramuskulär mit der ersten Kurzwellenanwendung.
Garmastan ist eine wasserlösliche Adsorptionsverbindung von antiphlogistisch aetherischen Ölen und Milchserum-Proteinen der Proteinwerke Protina München.
C a f f i e r , A n s e l m i n o u. a. sahen gute Erfolge mit Garmastan bei der Mastitisbehandlung.

Adnexol 2.5 ccm tief intramuskulär zweitägig.
Adnexol ist ein Sulfurierungsprodukt des

Schieferöles, enthält 10 bis 12 % Schwefel in echter Lösung und wird ebenfalls von der Firma Protina hergestellt.

Die Wirkung beruht auf der Eiweißreizkörperreaktion und gleicht zusätzlich das Schwefeldefizit aus, das bei einer chronischen Entzündung besteht. Es hilft somit bei der Toxinbindung und Entgiftung im RES.

Die klinische Überprüfung des Präparates zeigte gute Ergebnisse (Daniel, Jung, Schiller, Tschokl).

In hartnäckigen Fällen, beim Verdacht auf eine alte gonorrhoeische Entzündung geben wir Caseosan (Heyden, München), das 5 % Casein enthält.

Die Kurzwellenbehandlung wird im Liegen durchgeführt und bei abdomino-dorsaler Durchflutung die glasgekapselte Kondensatorelektrode nach Schliephake verwendet.

Das Sandbad füllen wir mit grobem Rheinsand auf und beschicken die Heizungsrohren mit 70° C Heißluft. Etwa 20 cm darüber liegt die Patientin in einem Leintuch eingeschlagen und mit einer 5 cm hohen Sandschicht bis zu den Schultern umgeben. Die Temperatur der umgebenden Sandschicht beträgt etwa 40 bis 50° C. Bei Verträglichkeit werden die Arme mit Sand bedeckt. Im Anschluß an das Sandbad kurze Wasserdusche mit lauwarmem Wasser und nachfolgend strenge Bettruhe.

Unsre Resorptionsbehandlung erstreckt sich im allgemeinen auf 10 bis 14 Einzelanwendungen. Danach erfolgt Untersuchung und Entlassung nach Hause mit strengen Verhaltensmaßregeln, die auf körperliche Ruhe und sexuelle Abstinenz hin-

zielen.

Nach einer nochmaligen Untersuchung, die nach sechs Wochen stattfindet und je nach Befund erfolgt eventuell eine weitere Behandlungsserie. Diese Behandlung wiederholen wir unter Umständen auch noch ein drittes Mal im gleichen Rhythmus. Ist auch dann noch keine Heilung erzielt, empfehlen wir eine Moor-Stahlbehandlung in einem gut geleiteten Kurort.

Unverträglichkeiten haben wir bei unseren Behandlungen selten gesehen. Beim Wiederaufflackern von Entzündungserscheinungen unterbrechen wir die Behandlung und setzen sie nach Tagen wieder vorsichtig an, wenn Blutbild und Temperatur wieder normal sind.

In den ersten Tagen der Anwendung wird meist übermäßig ziehende Schmerzen im Unterbauch berichtet. Nach der 5. bis 6. Behandlung werden diese Klagen nicht mehr geäußert, sondern die Wärmeapplikation als "wohltuend" empfunden. Und dies selbst in den heißen Sommermonaten. Auch bei herz-kreislaufbelasteten Patientinnen haben wir selten Unverträglichkeiten gesehen.

Gelegentlich beobachteten wir nach Adnexolinjektion eine lokale Reizung, die ohne Therapie schnell wieder verschwand und nie Schädigungen hinterließ. In keinem Fall war eine allergische Reaktion zu beobachten.

Die Behandlung der spezifischen Adnexentzündung

Die infolge intrakanikulärer Ascension (häufig nach Menstruation und Wochenbett) gonorrhöisch erkrankten Adnexe sind bei frühzeitiger Erfassung prognostisch günstiger zu beurteilen, als das früher der Fall war.

Die Behandlung ist ausschließlich eine Domäne der Chemotherapie. Uns hat sich am besten Omnacillin und Omnamycin, Antibiotica mit Reizkörpern der Firma Hoechst, bewährt. Langdauernde Abstrichkontrollen auf Monate hin sind bei der Gonorrhoebehandlung erforderlich.

Die tuberkulösen Adnexerkrankungen haben in ihrer Behandlung mit Antibiotica und Tuberculostatica heute ebenfalls wesentliche Fortschritte zu verzeichnen. Hier sind es besonders Streptomycin in Kombination mit INH bzw. PAS, die Erfolgsaussichten haben. Nach wie vor ist auch hier noch das schwierigste Problem die Diagnostik. Trotz der teilweise recht ermutigenden Erfolge mit der Chemotherapie werden langdauernde Heilstättenverfahren immer noch erforderlich.

Bei chronisch therapieresistenten Exsudaten und entzündlichen Schwarten erzielten wir mit der schon angeführten Belastungstherapie günstige Ergebnisse. Wir legen täglich 30 Minuten einen Kolpeurynter und belasten mit Quecksilber, 500 g steigernd auf 1000 g. Bei guter Verträglichkeit verlängern wir auch die Zeitdauer. Der Leib wird als Gegengewicht mit einem Sandsack belastet, das Fußende des Bettes wird hochgestellt (Schmitt'sche Lagerung).

Nach Aufhebung der Belastung kommt es zur Blutfülle in den Beckenorganen, die resorptionsfördernd wirkt.

In jedem Falle entzündlicher Adnexerkrankung haben wir zunächst eine konservative Behandlung eingeleitet. Lediglich bei Versagern, die wir jahrelang vorbehandelt haben und wo uns die weiterhin bestehenden starken Beschwerden mit gleichzeitiger Arbeitsunfähigkeit dazu zwangen, entschlossen wir uns zur Operation. Aber

auch da versuchten wir den Eingriff nach Möglichkeit gegen die Menopause hinauszuschieben, um Ausfallerscheinungen bedenkenloser hinnehmen zu können.

Das s e l t e n o p e r a t i v e V o r g e h e n beschränken wir auf die Fälle, wo abgeschlossene Eitertumoren entstehen mit all den Gefahren eines spontanen Durchbruches in die Bauchhöhle. Ein sofortiges Operieren ist immer dann angezeigt, wenn rasches Wachstum mit peritonealen Reizerscheinungen mit typischer Temperatur- und Pulskurve den bevorstehenden Eiterdurchbruch anzeigen. Ein solcher Durchbruch mit Ausschwemmung virulenter Keime führt meistens zu einer tödlich verlaufenden Peritonitis.

Für das operative Vorgehen ist immer die vaginale Entleerung anzustreben. Bei hochgelegenen, beweglichen Eitertumoren, die rasch an Größe und Spannung zunehmen und die zu platzen drohen, ist trotz aller Gefahren des Eingriffes, die Laparotomie angezeigt.

Wenn sich diese seltenen Indikationen zu operativem Vorgehen bei akuter Entzündung nur auf den lebensrettenden Eingriff erstrecken, so ist bei der chronischen Entzündung die Frage der Operation viel mehr von persönlicher Ansicht und Erfahrung abhängig. Die jahrelange Kenntnis des Arztes von den Lebensbedingungen und Lebensbedürfnissen seiner Patientinnen machen ihn auch von der Erwägung sozialer Faktoren abhängig.

Die neuerdings gelegentlich festzustellende Tendenz, in Hinblick auf die Chemotherapie, das operative Vorgehen auszudehnen, lehnen wir ab. Zum gleichen Schluß kommt D e c h nach eingehender Prüfung des Einflusses der Sulfonamide und Antibiotica auf die Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen: "Bei der statistischen Auswertung ergibt sich, daß eine deutliche

Beeinflussung des Krankheitsbildes nur in der akuten Phase nachweisbar ist. Entsprechend wurde in diesen Fällen ein wesentlich höherer Prozentsatz an Ausheilungen erzielt. Da der Zeitpunkt des Behandlungsbeginns für den therapeutischen Erfolg von entscheidender Bedeutung ist, wird einmal die Prophylaxe besondere Aufmerksamkeit zu widmen sein, zum anderen sollte für eine frühzeitige klinische Behandlung Sorge getragen werden. Bei dem operativen Krankenmaterial war unter der Wirkung der Sulfonamide und Antibiotica ein deutlicher Rückgang der postoperativen Komplikationen festzustellen. Die Mortalität wurde dagegen bei den großen operativen Eingriffen nicht vermindert. Unter Berücksichtigung einer Verbesserung der konservativen Behandlungsergebnisse wird daher vor einer Frühoperation akut entzündlicher Adnextumoren gewarnt. Die Notwendigkeit operativen Eingreifens ist nach wie vor nur gegeben, wenn eine vitale Indikation vorliegt oder mehrfache konservative Behandlungen nicht zur Beschwerdefreiheit führt. Eine Änderung der Indikation zur Operation muß nach unseren Erfahrungen abgelehnt werden."

Wir haben immer die stationäre Behandlung angestrebt und nur bei Überbelegung der Klinik, in leichten Fällen, einer ambulanten Behandlung durch praktische Ärzte und Fachärzte zugestimmt. Wir können uns nicht dazu entschließen, der Zeitströmung zu folgen, die eine Erweiterung der operativen Bettenzahl auf Kosten der konservativen anstrebt.

Angaben über die behandelten Patientinnen

Die Berichtszeit umfaßt den Zeitabschnitt von September

1951 bis September 1955. Während dieser Zeit kamen 2272 gynäkologisch erkrankte Patientinnen zur Behandlung, davon

623 Adnexentzündungen = 27.4 %

Über die Häufigkeit der Erkrankung gegenüber früheren Jahren können wir nichts aussagen, da unsere gynäkologische Klinik in der jetzigen Form erst seit 1951 besteht. Während der Berichtszeit konnten wir allerdings eine Frequenzzunahme registrieren. Allein diese Tatsache berechtigte uns zur Themastellung. Die Problematik der Adnexerkrankungen hat gegenüber früher nichts verloren.

Unsere Patientinnen stammen in der Mehrzahl aus Kreisen der Industriebevölkerung. In nachstehender Erfassung sind die einzelnen Berufsgruppen aufgeführt. Es ist dabei zu beachten, daß die aufgeführten "Hausfrauen" zum großen Teil noch beruflich tätig sind.

Hausfrauen	421
Arbeiterinnen	89
Büroangestellte	43
Hausgehilfinnen	35
Verkäuferinnen	16
Schneiderinnen	6
Studentinnen	3
Sonstige Berufe	10

448 unserer Patientinnen waren verheiratet, 34 verwitwet, 19 geschieden und 122 ledig.

Von den 501 verheirateten, verwitweten und geschiedenen Frauen haben 430 Geburten oder Fehlgeburten durchgemacht. Von 122 ledigen Patientinnen hatten 19 eine Geburt oder eine Fehlgeburt gehabt.

Die Aetiologie der entzündlichen Adnexerkrankungen war in den meisten Fällen aus der Anamnese nicht zu er-

mitteln. Auch die uns zur Verfügung stehenden diagnostischen Mittel reichten nicht immer zur Klärung aus, was in der Natur dieser Erkrankung begründet liegt.

In vielen Fällen wird von den Patientinnen auf eine durchgemachte "Erkältung" hingewiesen, wobei man für einen Großteil dieser Erklärungen "Verschleierung" einer sonst "peinlichen Erkrankung" annehmen muß. Abtreibungen, Gonorrhoe, Intrauterinpeessar etc. lassen sich bei genauerer Exploration oft als Ursache ermitteln.

Auffallend ist die häufige anamnestische Mitteilung von Scheidenspülungen mit Sagrotan oder ähnlichen Präparaten als "tägliche Hygiene", die zwangsläufig eine ernste Störung der Scheidenflora nach sich zieht und somit einer aufsteigenden Infektion Vorschub leistet.

So werden unter der Rubrik "fragliche Genese" in der Mehrzahl angeführte Fälle auf Ascension zurückzuführen sein.

Bei unseren aus anderen Indikationen vorgenommenen Laparotomien stellten wir vielfach stark entzündliche veränderte Adnexe fest, für die sich anamnestisch keinerlei Anhalt ergab.

Als Ursache der Erkrankung konnten wir bei unseren Patientinnen von 623 Fällen

224 = 35.9 %

klären.

In folgender Tabelle ist eine prozentuale Zusammenstellung der Krankheitsursachen vorgenommen:

Fragliche Genese	399 Fälle = 64.0 %
puerperal-septische Genese	188 Fälle = 30.0 %
gonorrhoeische Genese	21 Fälle = 3.3 %
enterogene Genese	11 Fälle = 1.7 %
tuberkulöse Genese	4 Fälle = 0.6 %

Bei der Gegenüberstellung

akut - subakut - chronisch

fällt auf, daß die Genese der akuten Fälle genauer zu ermitteln ist. Der Prozeß besteht noch nicht so lange, das Krankheitsgeschehen ist stürmisch und die Angst vor den Folgen steht im Vordergrund. Das bedingt eine bessere klinische Behandlung und auch Nachbeobachtung, die sorgfältigere Erfassung gewährleistet.

Subakut und chronische Fälle haben wir zusammengefaßt und nur wirklich hochfieberhafte akute Fälle besonders rubriziert. So stehen 89 akut erkrankte Patientinnen 534 subakut-chronisch erkrankten Patientinnen gegenüber.

Genese:

akut:

Fragliche Genese	52 Fälle = 58.9 %
puerp.-sept. Genese	30 Fälle = 41.5 %
gonorrhoeische Genese	3 Fälle = 3.3 %
enterogene Genese	4 Fälle = 4.4 %
tuberkulöse Genese	0

subakut-chronisch:

Fragliche Genese	347 Fälle = 64.9 %
puerp.-sept. Genese	158 Fälle = 29.5 %
gonorrhoeische Genese	18 Fälle = 3.3 %
enterogene Genese	7 Fälle = 1.3 %
tuberkulöse Genese	4 Fälle = 0.7 %

Eine altersmäßige Verteilung unserer Patientinnen haben wir der besseren Übersicht wegen graphisch dargestellt.

S t a t i s t i s c h e A u s w e r t u n g u n - s e r e r B e h a n d l u n g s e r g e b n i s s e

In der Beurteilung unterscheiden wir zwischen Primär- und Dauerergebnissen. Unter Primärergebnis verstehen wir den Befund unmittelbar nach Abschluß der Behandlung. Dauerergebnisse betreffen Nachuntersuchungen von vier Monaten bis zu 2 Jahren. Über Dauerergebnisse können wir von 320 Patientinnen = 51.3 % berichten.

Die Behandlungen wurden im allgemeinen gut vertragen. Bedeutungsvoll erscheint uns, daß 38 Patientinnen mit akuter bzw. chronischer Adnexentzündung nach konservativer Behandlung wieder gravide wurden. Wir konnten bei diesen Frauen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett überwachen. Darunter befand sich auch eine Patientin, die dreimal bei uns entbunden wurde und wegen einer nachgewiesenen tuberkulösen Adnexerkrankung in Behandlung stand. Diese Patientin gehört zu den ausgesprochen seltenen Fällen dieser Art. Deshalb finden wir es interessant genug, ihren Fall kurz zu schildern.

Frau H. C. 24 Jahre alt.

1940 Appendektomie (Vincenzkrankenhaus Mainz), dabei wurde, histologisch gesichert, eine Genitaltbc festgestellt. Zwei Conteben-Kuren wurden in der Universitätsfrauenklinik Mainz durchgeführt, anschließend ein Sanatoriumsaufenthalt. Nochmalige Kur in unserer Klinik (Höhensonne-Caseosan-Kur) vom 27.11. bis 16.12.51.

Oktober 1952 Spontangeburt eines Jungen,
November 1953 Spontangeburt eines Jungen,
Mai 1955 Spontangeburt eines Jungen.

Ließ sich mit unseren üblichen Behandlungsmethoden kein eindeutiger Erfolg erzielen, so leiteten wir eine Moorbadekur, eventuell kombiniert mit einem Stahlbad, ein. Auch hier waren dann meist die Ergebnisse sehr gut und kamen zum großen Teil unseren Zahlen über die Dauerergebnisse zugute.

Von 623 Patientinnen mit entzündlichen Adnexerkrankungen haben wir

52 Patientinnen = 8.2 %

o p e r a t i v unter den oben angeführten Cautelen behandelt. Diese Operationshäufigkeit betrifft auch Zustände allgemeiner Peritonitis und Abscedierungen. Bei unseren konservativen Behandlungen hatten wir keine Mortalität.

307 Patientinnen machten nur eine Behandlungs-
serie durch = 49.4 %

268 Patientinnen machten zwei Behandlungs-
serien durch = 43.0 %

48 Patientinnen machten drei Behandlungs-
serien durch = 7.7 %

Die Ergebnisse unserer Behandlungen haben wir nach subjektiven und objektiven Gesichtspunkten geordnet. Das subjektive Ergebnis sagt über das persönliche Befinden der Patientin aus, wobei zu der Gruppe "leichte Beschwerden" Patientinnen gerechnet werden, die neben geringen Klagen voll arbeitsfähig sind.

Erfolge unserer konservativen Behandlung

Nach der 1. Behandlungsserie (623 Patientinnen)

Subjektiv:

beschwerdefrei	512 = 82.0 %
leichte Beschw.	84 = 13.4 %
unverändert	19 = 3.1 %
verschlechtert	8 = 1.2 %

Objektiv:

geheilt	231 = 37.1 %
gebessert	303 = 48.4 %
unverändert	70 = 11.3 %
verschlechtert	19 = 3.0 %

Nach der 2. Behandlungsserie (316 Patientinnen)

Subjektiv:

beschwerdefrei	242 = 76.2 %
leichte Beschw.	52 = 16.1 %
unverändert	17 = 5.3 %
verschlechtert	5 = 1.8 %

Objektiv:

geheilt	154 = 48.7 %
gebessert	136 = 43.0 %
unverändert	17 = 5.3 %
verschlechtert	9 = 2.8 %

Nach der 3. Behandlungsserie (48 Patientinnen)

Subjektiv:

beschwerdefrei	42 = 87.5 %
leichte Beschw.	1 = 2.0 %
unverändert	3 = 6.0 %
verschlechtert	2 = 4.1 %

Objektiv:

geheilt	32 = 66.0 %
gebessert	9 = 18.7 %
unverändert	4 = 8.3 %
verschlechtert	3 = 6.0 %

Von den 84 akut erkrankten Patientinnen konnte primär in 97.6 % der Fälle eine Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Als Dauerergebnis 94.3 %.

Von den 534 subakut-chronisch erkrankten Patientinnen wurde primär in 96.3 % der Fälle eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erzielt; auf die Dauer 86.6 %.

Die Gesamtergebnisse unserer konservativen Behandlung haben wir nach der Aetiologie aufgegliedert.

Primärergebnisse

subjektiv

objektiv

	beschwerdefrei	leichteBeschw.	unverändert	verschlechtert	Anzahl d. Fälle	geheilt	gebessert	unverändert	verschlechtert
Fragl. Genese	363	26	7	3	399	264	109	14	12
puerp.-sept. Gen.	173	11	2	2	188	92	65	28	3
gonorrhöische G.	11	6	4	/	21	4	9	7	1
enterogene Gen.	9	2	/	/	11	3	7	1	/
tuberkulöse Gen.	1	1	2	/	4	1	1	2	/
insgesamt	557	46	15	5	623	364	191	52	16

Dauerergebnisse

subjektiv

objektiv

	beschwerdefrei	leicht. Beschw.	unverändert	verschlechtert	Anzahl d. Fälle	geheilt	gebessert	unverändert	verschlechtert
Fragl. Genese	105	81	14	10	210	84	82	25	19
puerp.-sept. Gen.	44	39	7	2	92	39	35	14	4
gonorrhöische G.	2	4	1	/	7	1	4	2	/
enterogene Gen.	3	3	1	/	7	2	4	1	/
tuberkulöse Gen.	1	2	1	/	4	1	3	/	/
insgesamt	155	129	24	12	320	127	128	42	23

Eine prozentuale Zusammenstellung der Gesamtergebnisse ergibt nachstehendes Bild:

Subjektive Erfolge

Primäres Ergebnis		Dauerergebnis
beschwerdefrei	557 = 89.5 %	155 = 48.4 %
leichte Beschw.	46 = 7.3 %	129 = 40.3 %
unverändert	15 = 2.5 %	24 = 7.8 %
verschlechtert	5 = 0.8 %	12 = 3.7 %

Objektive Erfolge

Primäres Ergebnis		Dauerergebnis
geheilt	364 = 58.4 %	127 = 39.7 %
gebessert	191 = 30.6 %	128 = 40.0 %
unverändert	52 = 8.3 %	42 = 13.1 %
verschlechtert	16 = 2.5 %	23 = 7.1 %

Somit wurde eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

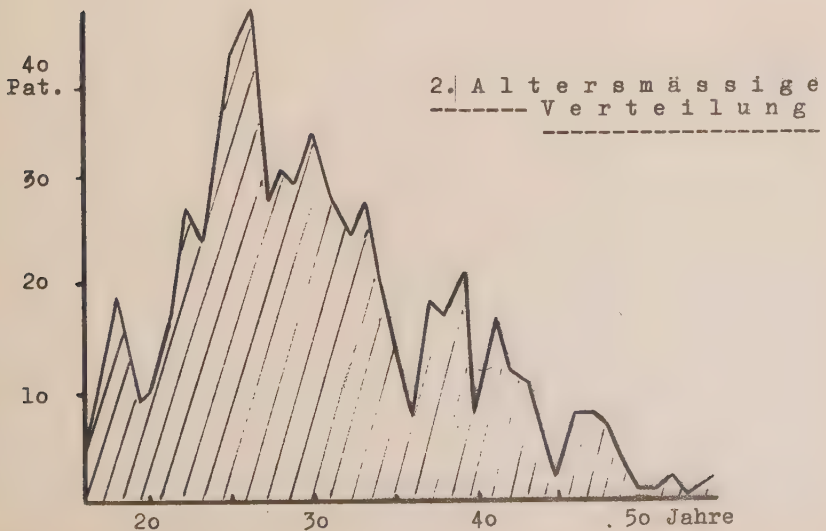
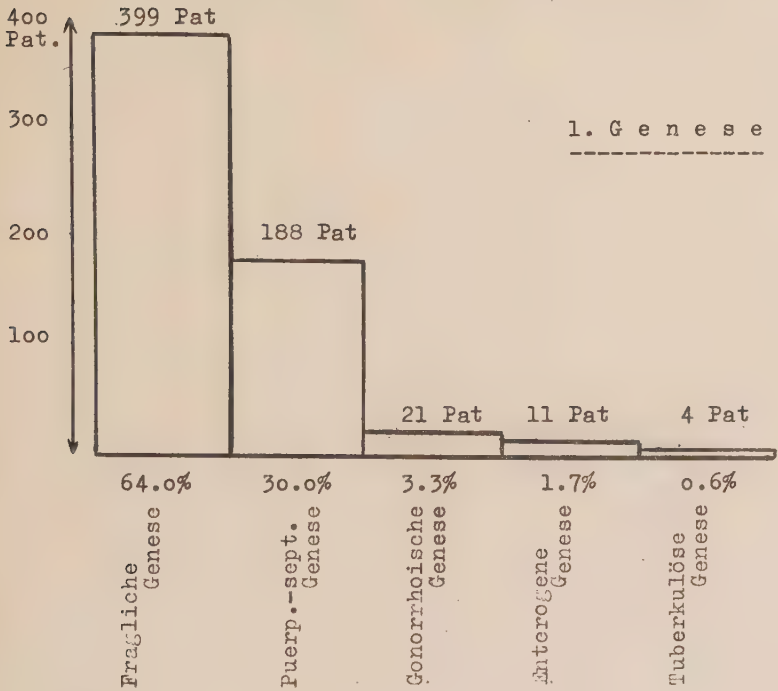
primär in 96.8 %

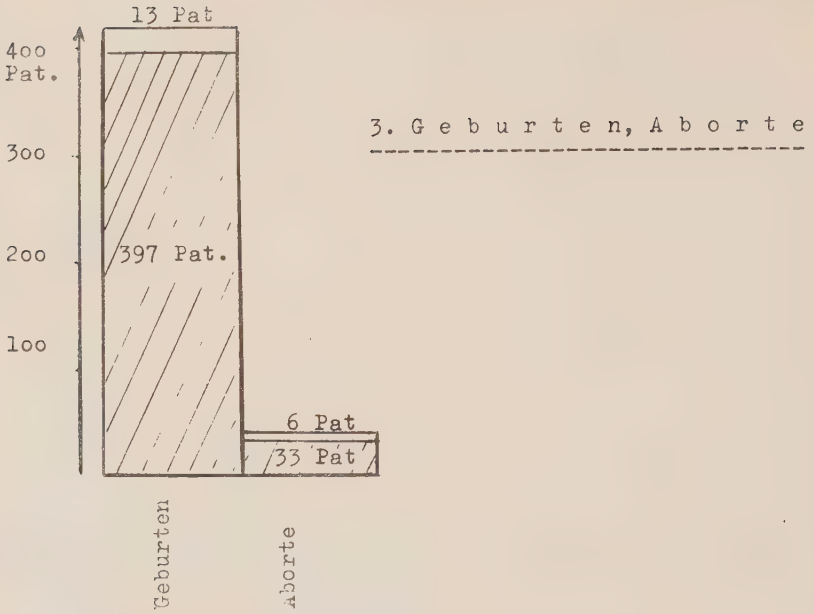
der behandelten Patientinnen erreicht. Auf die

Dauer in 88.7 %.

Zum Vergleich führen wir die Ergebnisse anderer Autoren an. Nach v. F r a n q u é (1927) konnten nach konservativer Behandlung etwa 65 % beschwerdefrei und arbeitsfähig entlassen werden. R o s s e n b e c k (1933) erreichte eine Arbeitsfähigkeit primär 94.5 %, als Dauerergebnis 86.0 %. M i c h e l s (1948) 60 bis 77.5 % primär arbeitsfähig, 44 bis 84.6 % als Dauerergebnis. H e y n e m a n n (1953) völlige oder fast völlige Freiheit von Beschwerden primär 70 bis 95 %.

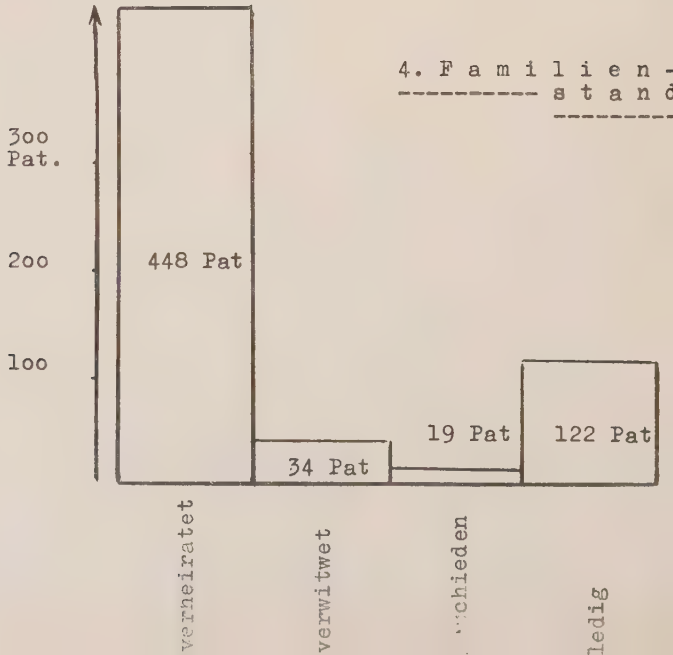
STATISTISCHE ANGABEN ÜBER
UNSERE PATIENTINNEN

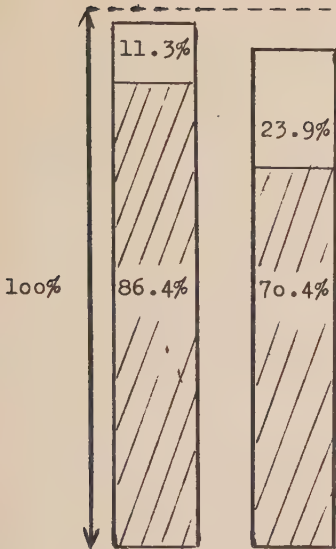




verheiratet

ledig





5. Erfolge unserer
Behandlungen

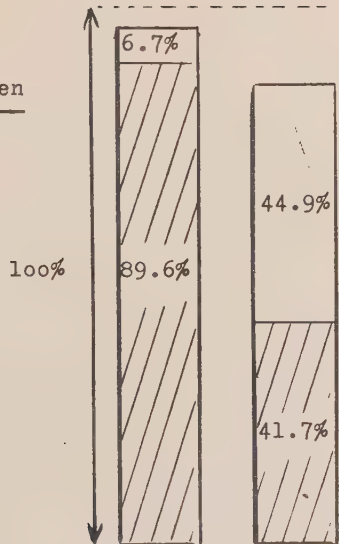
Primär- Dauerergebnis
Arbeitsfähigkeit der akuten
Fälle



beschwerdefrei



leichte Beschwerden,
ohne Beeinträchtigung
der Arbeitsfähigkeit



100%

Primär- Dauerergebnis
Arbeitsfähigkeit der sub-
akut- chronischen Fällen

Z u s a m m e n f a s s u n g

In vorliegender Arbeit kam es uns darauf an, nachzuweisen, daß die konservative Resorptivbehandlung entzündlicher Adnexerkrankungen trotz gewisser gegenteiliger Strömungen in unserem Fachgebiet auch heute voll gültig ist.

Im Vordergrund unserer Behandlung steht immer die Organ- und Funktionserhaltung. Deshalb können wir uns auch nur bei vitaler Indikation und den Voraussetzungen ganz besonderer Bedingungen zur Operation entschließen. Mit der heute gelegentlich schon festzustellenden Steigerung der Operationsfrequenz entzündlicher Adnexerkrankungen können wir uns keinesfalls einverstanden erklären.

Wir glauben mit unseren Behandlungsergebnissen nachgewiesen zu haben, daß die konservative Behandlung entzündlicher Adnexe nichts von ihrer Bedeutung verloren hat. Das Problem der Adnexerkrankungen überhaupt ist durch die heutige soziale Stellung der Frau noch wesentlich erweitert worden.

Wir haben über unsere Behandlungsgrundsätze berichtet: Wir richten uns nach der klinischen Verlaufsform der Erkrankung. Während des akuten und subakuten Stadiums veranlassen wir absolute Ruhigstellung durch Bettruhe, Fernhalten jeglicher körperlicher, psychischer und sexueller Erregung. Zur Eindämmung der bakteriellen Invasion legen wir Eisbeutel auf den Unterleib und wenden gezielt Chemotherapeutica an.

Nach Abklingen der akuten Erscheinungen und bei chronischer Erkrankung gehen wir vorsichtig auf hyperaemisierende und zirkulationsfördernde Behandlung, zur Resorbierung der entzündlichen Indurationen über. Im Mittelpunkt steht wiederum die Ruhigstellung der Patientin. In steigenden

Dosen werden Kurzwellen bei abdomino-dorsaler Durchflutung abwechselnd mit Sandbädern appliziert, wobei die halbstündliche Anwendung nicht überschritten wird. Unterstützend wird Adnexol als unspezifische Reizkörpertherapie injiziert mit initialer Medikation von Gamma-
stan. Eine Behandlungsserie umfaßt 10 bis 14 Wärmeanwendungen. Konsequenterweise durchgeführte Abschluß- und Nachuntersuchungen lassen den Heilverlauf sicher beurteilen. Zur Nachbehandlung wird strenge Schonung gefordert. Je nach Notwendigkeit wird eine zweite oder auch dritte Behandlungsserie verordnet.

Für chronisch-therapieresistente Fälle empfehlen wir ein Moorbade-Heilverfahren, das wir gerne mit Stahlbädern kombinieren.

Mit unserer konservativen Behandlung konnten wir von 623 Patientinnen eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit primär bei 603 = 96.8 % erreichen.

Für die Beurteilung der Dauerergebnisse standen uns 320 Patientinnen zur Verfügung, die wir durch Nachuntersuchungen nach vier Monaten bis zu zwei Jahren ermittelten. Von diesen konservativ behandelten Patientinnen war eine dauernde Arbeitsfähigkeit bei 284 = 88.7 % erzielt worden.

Auf Grund unserer günstigen Ergebnisse treten wir für konservative Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen ein und lehnen eine großzügigere Indikationsstellung zu operativem Vorgehen ganz entschieden ab.

L i t e r a t u r n a c h w e i s :

1. von Aschenbach zitiert nach Döderlein s.Nr.13
2. Baumgarten zitiert nach Bernhard s.Nr.4
3. Bender La diathermie en gynécologie
Rev.franç.Gynéc. 27 (1932) S.389
und 505
4. Bernhard Die Chemotherapie der Genitalinfek-
tionen der Frau
1951 Enke-Verlag, Stuttgart
5. Boverter zitiert nach Bernhard s.Nr.4
6. Burkhard Die Resultate der konservativen
Behandlung entzündlicher Adnexer-
krankungen in den Jahren 1924-1931
Schweiz.med.Wschr. (1933) S.565
7. Büttner Elektrophoretische Untersuchungen
bei Adnexerkrankungen
Geburtsh.u.Frauenhkd.11 (1955)S.1036
8. Cresi Sul trattamento chirurgico conserva-
tio delle affezioni infiammatorie
delgi annessi
Atti Soc.ital.Ostetr.30(1952)S.192
9. Dabrowski Social significance of the inflam-
matory states of the adnexa uteri
Ginek.polska 23 (1952) S.231
10. Daniel Ein Beitrag zur Behandlung entzünd-
licher Unterleibserkrankungen der
Frau
Arch.d.pr.Medizin "Paracelsus" 1
(1955)
11. Dech Der Einfluss der Sulfonamide und An-
tibiotica auf die Behandlung ent-
zündlicher Adnexerkrankungen
Gehurtsh.u.Frauenhkd.3.(1956)S.241
12. Dirnagl u.Kamm Experimentelle Untersuchungen über
die Wirkungsweise von Moorbädern
Mü.med.Wschr. 41(1952) S.2077
13. Döderlein Die konservative Behandlung entzünd-
licher Genitalerkrankungen der Frau
1946 Thieme-Verlag, Leipzig

14. Eppinger zitiert nach Heynemann s.Nr.28
15. von Fekete Neue Beiträge zur Calciumtherapie
der akuten Entzündungen der weib-
lichen Adnexe
Orvosképzés 22 (1932) S.613
16. Finke Die Tuberkulose der weiblichen
Genitale
1954 Enke-Verlag, Stuttgart
17. von Franqué Erkrankungen der Eileiter
Opitz, Handbuch der Frauenheilkunde
s.Nr.52
18. Garré-Borchard Lehrbuch der Chirurgie
Stich-Bauer 1944 Springer-Verlag, Berlin
19. Gauss Differentialdiagnose und Therapie
der entzündlichen Adnexerkrankungen
Dtsch.med.Wschr. (1925) S.1641
20. Geller u.Krinke Dauererfolge der konservativen Be-
handlung von Adnexentzündungen und
ihre Leistung im Vergleich zur opera-
tiven Behandlung
Mschr.Geburtsh. 86 (1930) S.288
21. Glass Über die Behandlung von entzündli-
chen Genitalerkrankungen der Frau
mit Adnexol in Kombination mit
Moorbädern
Zbl.f.Gynäkol. 27 (1955)
22. Grünberger Schwangerschaften nach konservativer
Behandlung schwerer entzündlicher
Veränderungen sowie gutartiger Tumo-
ren der Adnexe
Wien.klin.Wschr. (1953) S.358
23. Guggisberg Badekuren bei gynäkologischen Er-
krankungen
Schweiz.med.Wschr. (1934) S.113
24. Guthmann Erfahrungen mit der Moorbehandlung
von Frauenleiden
Med.Welt (1929) S.590
25. Heidenheim u. zitiert nach Stoeckel s.Nr.66
Ried
26. Heidler Balneotherapie der Frauenheilkunde
Wien.med.Wschr. 38 (1952) S.743

27. Helmrich Das künstlich-natürliche Moorbad
Erfahrungsheilkunde (1953) 5.
28. Heynemann Entzündungen der Adnexe
Seitz-Amreich, Biologie und Patho-
logie des Weibes
1951 Urban & Schwarzenberg-Verlag,
Wien Band V.
29. Holden u.Gurnee The Elliot treatment
Americ.I.Obstetr. 22 (1931):87
30. Heyrowski Die entzündlichen Erkrankungen
der weiblichen Genitalorganen und
ihre Behandlung
Paracelsus Beih.7.1952 Gebrüder
Hollinek-Verlag, Wien
31. Hübscher Über die Häufigkeit von Konzeption-
en nach konservierend-operativer
und konservativer Behandlung von
Adnexentzündungen
Zbl.Gynäkol. (1933) S.2061
32. Jaegeroos Die Hydrosalpinx
Arch. Gynäkol. 114 (1928):328
33. von Jaschke u. Lehrbuch der Gynäkologie
Pankow
1933 Springer-Verlag, Berlin
34. von Jaschke Die Prophylaxe auf dem Gebiete der
Geburtshilfe und Gynäkologie
1939 Enke-Verlag, Stuttgart
35. Jung Über die Bedeutung des Adnexol bei
der Behandlung chronischer Adnex-
tumoren
Inaugural-Dissertation 1951, Mainz
36. Kessler Zur Frage der hyperämisierenden
Behandlung entzündlicher Genital-
infektionen
Med. Welt (1933) S. 1213
37. Korb Über Kurzwellentherapie
Radiol.Rsch. 2,S.169
38. Kramer u. Rektale Temperaturmessungen während
Strauss und nach der Ultrakurzwellenbetrahlg.
Strahlenth. 89 (1933) S.609
39. Küstner Konservative Therapie der Adnexent-
zündungen
Fortschr.Ther.8 (1932) S.717

40. Liepmann Das gynäkologische Seminar
1931 Urban & Schwarzenberg-Verlag,
Wien
41. Lindemann zitiert nach Heynemann s.Nr.28
42. Macciotta L'irudinizzazione nelle flebiti e
nelle forme infiammatorie gineco-
losche
Clin.ostetr. 36 (1934) S.36
43. Manstein Die Wirkung schwacher Kurzwellen-
Intensitäten bei gynäkologischen
Erkrankungen
Med.Klin. 19(1952) S. 652
44. Martius Lehrbuch der Gynäkologie
1946 Thieme-Verlag, Stuttgart
45. Meyer R. zitiert nach Döderlein s.Nr.13
46. von Mickulicz- Richtlinien für die Anwendung der
Radecki Bäderbehandlung bei gynäkologischen
Erkrankungen
Balneologie 5 (1938):474
47. von Mickulicz- Zur richtigen und rechtzeitigen Er-
Radecki kennung einer Tubarruptur und eines
Tubarabortes (=Extrauteringravidi-
tät)
Med.Klin. 9.(1956) S.329
48. Michels Die Erfolge der konservativen Be-
handlung entzündlicher Adnexerkan-
kungen bei eingeschränkten Behand-
lungsmöglichkeiten
Zschr.f.Geburtsh.u.Gyn.(1948):1.
49. Michels u. Intravenöse Therapie von Penicillin
Schanz mit Solu-Supronal bei der Genital-
infektion der Frau
Mü.med.Wschr. 7 (1954) S.170
50. Mueller Physikalische Therapie in der gynä-
kologischen Praxis
Med.Welt 1933, S.1172
51. Obert u.Winter Die klinische Anwendung von Moor-
bädern unter Berücksichtigung des
neuen Moorpräparates Morocoll
Mü.med.Wschr. 19 (1952)
52. Opitz Handbuch der Frauenheilkunde
1927 Bergmann-Verlag, München 2.Teil

53. Pätzold u.
Wittenbeck Ultrakurzwellentherapie in der
Gynäkologie
Strahlenth. 47 (1933) S.540
54. Raab Die Kurzwellen in der Medizin
1933 Radionta-Verlag, Berlin
55. Rippert-
Hamperl Lehrbuch der allgemeinen Pathologie
und der pathologischen Anatomie
1940 Vogel-Verlag, Berlin
56. Rossenbeck Über die Erfolge konservativer und
operativer Behandlung entzündlicher
Adnextumoren
Klin.Wschr. 27 (1933) S.1062
57. Santoro La Marcioni-terapia nelle affezioni
utero-annessiali
Arch.di Radiol. NS 1 (1952) S.5
58. Schiller Die therapeutische Rolle des gelö-
sten Nativschwefels in der Behandlung
chronischer Adnexerkrankungen
Wien.med.Wschr. 37 (1950) S.661
59. Schmid H.H. Adnexentzündung und Schwangerschaft
Arch.Gynäkol. 120 (1923):31
60. Schliephake zitiert nach Stoeckel s.Nr.66
61. Schridde Die eitrigen Entzündungen des Ei-
leiters
1910 Jena
62. Schroeder Adnextumoren bei Frauen über 35
Jahren
Geburtsh.u.Frauenhkd. 3 (1941)S.405
63. Sederl Zur Radikaloperation chronisch - ent-
zündlicher Adnextumoren
Zschr.f.Geburtsh.u.Gyn.142 (1955)
S. 143
64. Spengler Physikalische und chemische Unter-
suchungen an Bädermooren und -torfen
Arch.f.physik.Ther. 3 (1951) 2.
65. Spurny u.
Duschel Die Erfolge der konservativen The-
rapie der Adnexerkrankungen
Wien.med.Wschr. (1952)S.375
66. Stoeckel Lehrbuch der Gynäkologie
1952 Hirzel-Verlag, Leipzig

67. Tschokl Über die Adnexol-Therapie bei
chronischen Adnexerkrankungen
Der Prakt.Arzt (1949):30
68. Wagner G.A. Die Röntgenbehandlung entzündlicher
gynäkologischer Erkrankungen
Ther.Gegenwt. (1928):22
69. Walter- Antibiotica Fibel
Heilmeyer 1954 Thieme-Verlag, Stuttgart
70. Weibel Lehrbuch der Frauenheilkunde
1943 Urban & Schwarzenberg-Verlag,
Wien
71. Zimmer Zur röntgenologischen Diagnose der
fortgeschrittenen Extrauterin-gravi-
dität
Geburtsh.u.Frauenhkd.3 (1956)S.197
72. Zocchi zitiert nach Heynemann s.Nr.28
73. Zondek zitiert nach Heynemann s.Nr.28

Herrn Priv.-Doz. Dr. med. MICHELS,

meinem hochverehrten Chefarzt, schulde ich größten Dank für die Vergebung des Thema und die freundliche Unterstützung und Beratung in der Fertigstellung vorliegender Arbeit.

Herrn Prof. Dr. med. SCHWALM

darf ich meinen herzlichsten Dank für die Übernahme des Referates aussprechen.

Herrn Dekan Prof. Dr. med. KRANZ

sage ich meinen verbindlichsten Dank für die Annahme der Arbeit.

L e b e n s l a u f

Am 15. März 1920 wurde ich als dritter Sohn des Hoteliers Ernst Vonderbeck und dessen Ehefrau Sofie, geb. Langenfeld, geboren. Nach vier Jahren Volksschulausbildung besuchte ich zuerst das Realprogymnasium in Cochem an der Mosel und schloß meine Schulzeit mit der Reifeprüfung an dem Hindenburg-Realgymnasium in Trier ab.

Von 1939 bis 1945 war ich Soldat und zwischenzeitlich zum Studium der Medizin an den Universitäten Halle an der Saale und Heidelberg beurlaubt und kommandiert.

Im Frühjahr 1948 legte ich mein Staatsexamen an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg ab. Nach einjähriger Tätigkeit in einer Inneren Klinik und vier Jahren in Chirurgischer Klinik bin ich als Assistent in der Frauenklinik des St. Marienkrankenhauses in Ludwigshafen am Rhein beschäftigt.

